

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIVa. LEGISLATURA
PRIMER PERIODO

COMISION DE
SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 93 DE 1995

SIN CORREGIR
POR LOS ORADORES

ABRIL DE 1995

VISITA DEL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA DOCTOR ALFREDO SOLARI DAMONTE ACOMPAÑADO DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD DOCTOR RAUL BUSTOS

Labor a desarrollar en esta Secretaría

VERSION TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE LA COMISION
DEL DIA 5 DE ABRIL DE 1995

A S I S T E N C I A

Preside : Senador Alberto Cid.

Miembros : Senadores José Andújar, Hugo Fernández Faingold, José Korzeniak y Nicolás Storace.

Invitados especiales : Ministro de Salud Pública, doctor Alfredo Solari Damonte y Director General de la Salud, doctor Raúl Bustos.

Secretaria : María Esther Furest.

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la Sesión.

(Es la hora 14 y 39 minutos)

En nombre de la Comisión de Salud Pública, damos la bienvenida al señor Ministro y al Director General de la Salud. Para nosotros es un honor tenerlos aquí presentes. Creemos que esta Cartera tiene, por su integración, la posibilidad de generar un cambio revolucionario en esta área, el que entendemos muy necesario. En ese sentido, está demás decir que debido a la alta calificación que poseen —puedo asegurarlo porque los conozco desde hace muchos años—, han hecho varios aportes en esta área y confiamos en que se seguirán haciendo.

Nuestra invitación fundamentalmente se basa en conocer cuáles son las orientaciones que el Ministerio piensa seguir y qué áreas se van a priorizar, es decir, en definitiva, cuál será la metodología de trabajo. Al mismo tiempo, queremos ponernos a las órdenes para todo aquello que ustedes estimen que puede ser de utilidad para realizar un trabajo en conjunto en esta área que tanto lo precisa.

SEÑOR MINISTRO.- Muchísimas gracias. Previo a la instalación del Gobierno, el día 1º de marzo, en oportunidad de encontrarme con el señor Senador Cid, le manifesté el interés personal y del resto del equipo que trabajara junto a mí en el Ministerio de establecer rápidamente una comunicación fluida entre la Comisión —en este caso de la Cámara de Senadores, pero lo mismo con la de la Cámara de Representantes— que tratara esta temática y quienes trabajáramos en los cargos de responsabilidad política de esta Cartera. De manera que agradezco la rapidez con que hemos sido recibidos y les manifestamos que estamos muy contentos de estar aquí.

Por otra parte, lamentamos la ausencia involuntaria de la señora Subsecretaria, la doctora Albertini, quien se encuentra participando —en la sede central de la OPS—, en representación de nuestro país, en la Subcomisión del Comité Ejecutivo de la OPS, cuyo objetivo es estudiar los temas de la mujer, la salud y el desarrollo. Asimismo, por razones de programación, previo al cambio de fecha que tuvimos que hacer—porque esta visita estaba fijada para el miércoles pasado— el doctor Amorín —actual Director de ASSE— ya había

coordinado una visita a los departamentos de Tacuarembó y Rivera y no pudo asistir en el día de hoy. Por ese motivo, la delegación está reducida al doctor Bustos, como Director General de Salud, y a quien habla.

Señor Presidente: si no le parece mal, haríamos una breve exposición de cuáles son los lineamientos fundamentales que las autoridades del Ministerio quieren llevar adelante en estos cinco años. Posteriormente, abriríamos una etapa de diálogo que nos enriqueciera a través de preguntas y comentarios que esperamos con ansiedad porque, en realidad, nos van a ayudar a profundizar una temática que ciertamente no está totalmente desarrollada en su formulación.

También nos gustaría explorar algunas áreas en las que entendemos que puede haber un programa de acción legislativa que actualice aquellas disposiciones que ya tienen cierta historia en el país y donde la experiencia nos indica que es necesario introducir modificaciones.

En primer lugar, dividiría los cinco objetivos más importantes que esta Administración ha trazado en el área de la Salud Pública en dos grupos. Tres objetivos se refieren a la situación de la salud de la población y los dos restantes tienen que ver con el funcionamiento del sistema de servicio de salud. Los primeros tres objetivos agrupan por edades a aquellos programas prioritarios que ya tienen ejecución en el Ministerio de Salud Pública. El primero de ellos reúne a los programas que se desenvuelven en el área de la salud materno-infantil, entendiendo que es necesario fortalecerlos para obtener mejores resultados, ya sea por la salud de la madre como de los recién nacidos y de los niños en edad pre-escolar. De este modo, cuando los niños que provengan de hogares de bajos ingresos se inserten en el sistema de educación pre-escolar y escolar-primaria, puedan tener un terreno fértil como para poder aprovechar esos conocimientos de educación y esas habilidades y destrezas que se le van a enseñar.

El segundo grupo se refiere a los programas que tienen que ver con la salud de los adolescentes y de los jóvenes, en el entendido de que es necesario velar por la salud de esos grupos de edad en la totalidad de la población, combatiendo algunas dificultades, ya sea de salud física como mental, que en alguna medida inciden en comportamientos colectivos y, al mismo tiempo, en el desarrollo individual. En este caso, nos estamos

refiriendo a los temas vinculados con la adquisición de hábitos tóxicos en el área de fumar, con la adolescencia o juventud en el alcoholismo, y con el consumo indebido de drogas y su hábito. Es decir, a todos aquellos temas vinculados a la ocurrencia de accidentes, particularmente de tránsito, que son los más frecuentes en este grupo de edad.

La tercera área está referida a la salud de los adultos mayores, fundamentalmente, los que se encuentran por encima de los 70 años. En este caso, las condiciones de alojamiento, de adecuación de la vivienda donde transcurre su vida y la rehabilitación a los efectos de mantener en todo lo posible la autocapacidad para valerse por sí mismos, son elementos importantes que hacen al bienestar y al nivel de salud de esa población.

Estos son tres grandes objetivos, agrupados por áreas de edad, que deberían ser priorizados. Eso no quiere decir que se abandonen o se debiliten los esfuerzos que está haciendo el Ministerio en cuanto a otros grupos de edad más específicos. En ese sentido quiero decir que el programa para la prevención y la detección prematura del cáncer seguirá teniendo todo el énfasis y el apoyo que le pueda brindar el Ministerio a través de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y de todos los organismos prestadores de servicios de salud. Asimismo seguirán siendo atendidos el programa de enfermedades cardiovasculares —que también cuenta con una Comisión Honoraria encargada de la prevención de estas enfermedades—, el programa de Chagas —más adelante le voy a solicitar al doctor Bustos, como Director General de Salud, que realice un informe de actualización en virtud de que nuestro país ha logrado muy buenos resultados en los últimos años en el control de esta enfermedad—, la lucha contra la hidatidosis, etcétera. No quiero dejar afuera otros temas importantes que tiene a consideración el Ministerio.

Simplemente, tratamos de darle una focalización de modo que se busquen objetivos concretos que, como podrán apreciar los señores senadores, son complementarios de otros esfuerzos que va a hacer el Poder Ejecutivo en el Área del desarrollo social en general. Me refiero, concretamente, al Área de las madres y de los niños, a través de la reforma educativa, a la de los jóvenes, por medio del esfuerzo que se va a hacer en cuanto a la reconversión industrial para la reinserción en el MERCOSUR, y a la de los ancianos, para que la reforma de la

seguridad social —aunque no los afecta directamente— resulte en un aumento de su bienestar y no en un deterioro de su situación.

De manera que hemos tratado de conformar un programa de salud que esté inserto en lo que son las prioridades más amplias que tiene el Poder Ejecutivo.

El cuarto y el quinto objetivos tienen relación, en forma más específica, con los servicios de salud. El cuarto, particularmente, refiere a la necesidad de descentralizar y modernizar la gestión de los establecimientos nucleados en la Administración de Servicios de Salud del Estado. ASSE se creó mediante la Ley de Rendición de Cuentas del año 1987 y comenzó a funcionar en 1988 como un organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública. Su grado de desconcentración es muy limitado, fundamentalmente, en los aspectos de funcionamiento que son claves para realizar una gestión ágil y responsable de los servicios de salud, con la complejidad que pueden tener los hospitales de agudos, tanto en Montevideo como en el interior del país. De modo que vamos a procurar —y así está previsto en el programa legislativo— que ASSE tenga un mayor grado de descentralización, compatible con la que le permite la Constitución de la República, que establece un límite en este sentido.

La idea es que ASSE, como organismo, tenga mayor libertad en relación con el Poder Ejecutivo y que las unidades ejecutoras tengan un equilibrio de poder más alto en relación con las oficinas centrales, del que tienen hoy en día. De esta forma, los problemas de captación, selección, contratación y vinculación de los recursos humanos con esos hospitales dependerán fundamentalmente de las autoridades locales y no —como sucede en este momento— de toda la escala jerárquica y, en definitiva, del Presidente de la República en acuerdo con el Ministro de Salud Pública, en este caso. Lo mismo que acabo de afirmar con respecto al manejo de los recursos humanos se puede establecer con respecto a la compra de insumos, donde es indispensable tener agilidad para responder a necesidades cambiantes y aprovechar oportunidades que van surgiendo en el mercado que, en nuestro concepto, le darían a esos servicios, aun con las mismas limitaciones de recursos que existen en la actualidad, una mayor eficiencia, por lo que podrían prestar un mayor beneficio en los establecimientos de ASSE.

El quinto objetivo es el relativo a fortalecer las instituciones mutuales. El mutualismo es una expresión interesante de la cultura institucional del Uruguay. Cuando hablamos de mutualismo, en realidad, nos estamos refiriendo a un término más amplio que abarca a las instituciones de asistencia médica colectiva que, en nuestro país, tienen tres formas legales, de las cuales sólo dos están en vigencia. La primera de ellas son las asociaciones mutualistas propiamente dichas, como asociaciones civiles, y la segunda son las cooperativas de profesionales, en este caso, de médicos. En ambas modalidades se trata de asociaciones sin finalidad de lucro, creadas para brindar una asistencia integral a sus afiliados y financiadas a través de un sistema de prepago. Estas formas institucionales han sido, desde nuestro punto de vista, sumamente útiles para que distintos sectores de la población, con diferentes poderes adquisitivos, tengan acceso a una asistencia que es bastante compleja y que en términos generales, en el contexto de países con similar nivel de desarrollo, se puede catalogar como adecuada.

Las instituciones mutuales tienen dificultades de financiamiento y de gestión, aspectos que no están enteramente desvinculados entre sí, en el sentido de que parcialmente las dificultades de financiamiento resultan de una gestión que no es todo lo tecnificada y ajustada que podría ser en virtud de la tecnología o de los conocimientos existentes. Me refiero, concretamente, a los beneficios que pueden esperarse de ciertos servicios de salud en relación a su costo, como a la propia organización empresarial con que funciona. Por lo tanto, ante un sistema que brinda protección integral de salud al 55% de la población del país, al que acceden los beneficiarios de DISSE y que representa un elemento tan importante en la estructura del mismo, el equipo del Ministerio considera que dicho sistema debe ser fortalecido. A estos efectos, es necesario poner a disposición de esas instituciones, asistencia técnica, tanto en el área de la gestión empresarial propia como en la específicamente técnica, a fin de instrumentar el servicio asistencial a los afiliados. Estos son los cinco grandes objetivos operativos que sería necesario explicitar desde el punto de vista programático y que, evidentemente, deberán verse reflejados en el presupuesto, de manera de responder a los niveles que se pretende alcanzar en materia de salud.

Detrás de estos cinco objetivos existe un punto que es

necesario aclarar y es que el Ministerio de Salud Pública en el Uruguay configura una unión de distintos organismos —el Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional— en la que el Ministerio ha tenido un accionar sumamente útil para mantener un acceso importante al servicio de salud, sobre todo en poblaciones que no tenían ninguna otra alternativa. Al decir esto, estoy pensando en toda la red de establecimientos que existen en el interior del país, integrada por la red de policlínicas, centros auxiliares y departamentales. A esta altura, entendemos que sería conveniente encarar el Ministerio de Salud Pública de manera distinta, pensando en la necesidad de identificar claramente los componentes normativos, planificadores, reguladores y de vigilancia del cumplimiento de esas normas por parte de la totalidad del sector de la salud. Además, el Ministerio deberá realizar un seguimiento del nivel de salud de la población, así como formular y ejecutar las campañas de prevención de enfermedades.

Por otra parte, debería existir una empresa o servicio que funcione adosado al Ministerio —pero, naturalmente, no formando parte de él—, y sería ASSE la que administre la prestación de servicios de salud dirigidos a la población de más bajos ingresos, cuya asistencia está subsidiada en forma expresa en la Constitución, por parte del Estado. En consecuencia, pretendemos que ASSE funcione como institución y posea una mayor autonomía con respecto al Ministerio, el que será un ente planificador, normativo y vigilador de la situación de salud de la población.

Desde nuestro punto de vista, existen temas en los que se requiere un "aggiornamiento" de la legislación a fin de atender problemas específicos que hacen que los programas no funcionen en forma correcta. No pretendo agotar la lista de estos temas en la tarde de hoy, pero sería muy útil que la Comisión —de aceptarse este criterio— trabajara junto con las autoridades del Ministerio en la elaboración conceptual de algunas de esas normas.

En el Uruguay existen problemas específicos en el área de los trasplantes de órganos, en el sentido de que la manifiesta voluntad de donación se realiza en oportunidades y circunstancias que no son las más favorables, es decir, una vez que el paciente está internado y previamente a su intervención. En algunos países que he visitado —y donde me he formado en la especialidad— la voluntad de donación se lleva a cabo en

una instancia más neutra como es el momento de obtención de la licencia de conducir, quedando registrada en este documento que es portado permanentemente por el donante.

Pienso que en nuestro país se podría realizar un procedimiento similar cuando se tramita la Cédula de Identidad una vez alcanzada la mayoría de edad, de manera que al producirse una internación o un accidente que posibilite la donación de órganos para serle útil al semejante, ya sea cosa juzgada y la decisión no se tome en esa oportunidad crítica y dramática, que no es la más favorable para dilucidar un problema que requiere cierta frialdad. Esta solución permitiría resolver algunos cuellos de botella que tenemos en materia instrumental.

En una visita que realicé en el día de hoy al Hospital de Clínicas, se me entregó un material sobre pacientes que se encuentran en situación de diálisis crónica. Al respecto, somos en relación al tamaño de la población, el país de América que tiene mayor cantidad de enfermos en plan de diálisis. En parte, esto es consecuencia de las bondades del Fondo Nacional de Recursos —que nos debe enorgullecer a todos— con sus especiales características de solidaridad, pero también a la falta de utilización del trasplante renal como mecanismo de solución definitiva al paciente con insuficiencia renal crónica.

Es evidente que la calidad de vida del enfermo trasplantado es totalmente distinta a la del insuficiente renal crónico no trasplantado, quien debe concurrir tres veces por semana dedicando tres horas de su vida y vincularse a una máquina que depure su sangre. Este paciente depende de la máquina con las consiguientes molestias de dedicación, de tiempo además de los efectos físicos que ello produce, mientras que el trasplantado lleva una vida prácticamente normal. A su vez, en Uruguay tenemos tecnología para llevar a cabo trasplantes más complejos que los actuales —algunos de los cuales se envían al exterior— pero tenemos un problema en la obtención de los órganos que es un tema delicado que requiere disposiciones legislativas más proclives a la donación y estructura de administración más ágil y moderna que la actual.

El segundo punto de lo que podría ser el inicio de un programa de acción legislativa conjunta, comprende el tema de la restricción de la propaganda y los lugares en donde se

pueden adquirir o consumir bebidas alcohólicas y tabacos. Está claramente demostrado que el tabaquismo constituye no sólo una amenaza para la salud sino un daño certero por sí mismo. En ese sentido, es muy difícil que el Estado tenga los recursos suficientes para contrabalancear la propaganda que libremente pueden hacer las empresas que comercializan el tabaco, ya que habría que disponer de cifras millonarias en dólares para que el Estado intente algo en lo que tiene todo derecho, que es preservar la salud. La gran mayoría de los países civilizados tienen leyes que restringen enormemente la libertad comercial para efectuar propaganda con respecto a los cigarrillos y demás subproductos tabáquicos, así como a los alcohólicos. En el Uruguay está legislada la venta de bebidas alcohólicas a menores, pero todos sabemos que esas disposiciones se cumplen en forma muy laxa ya que existe una cierta cultura que acepta un grado limitado de consumo por parte de los menores.

Sin embargo, el problema no está restringido solamente a los menores. Cuando uno toma las tasas de accidentes de tránsito que ocurren en todo el país —fundamentalmente, en la ciudad de Montevideo—, con consecuencias fatales o, por lo menos, con heridos graves, e indaga su vinculación con el alcoholismo —no conozco las cifras concretas, pero tengo referencias anecdóticas— puede comprobar ciertamente que la misma existe y está establecida. Por lo pronto, el 92% de los accidentes de tránsito es por error humano y de este porcentaje las tres cuartas partas le ocurren a jóvenes entre 15 a 24 años. Por lo tanto, es una materia en la cual habrá que disponer de normas más severas para limitar algunas de las actividades que, realizadas en estado de ebriedad, significan un aumento del riesgo, tanto para la propia persona como para el resto de la comunidad. Me refiero, específicamente, al hecho de circular por la calle en carácter de peatón o a conducir un automóvil, una moto, una bicicleta, etcétera; que, inclusive, durante el fin de semana dan lugar a situaciones que luego son lamentadas por la familia y también por el resto de la sociedad.

Por otro lado, tengo entendido que el Poder Legislativo tiene a estudio una legislación sobre casas de salud. Al respecto, este Ministerio quiere tratar de dejar su marca en el sentido de que se pueda tomar como válida —a nuestro entender— la iniciativa de aquellas personas que pretenden ganarse legítimamente la vida a través del desarrollo de esta

actividad. Para ello estas personas realizan una cierta inversión. disponiendo de un bien inmueble y de su tiempo para trabajar, pero sin contar con el apoyo del resto de la sociedad para organizar esa pequeña o mediana empresa, a fin de hacerlo en las mejores condiciones de atención al anciano. Además, tampoco cuentan con el asesoramiento del Estado, ni de las sociedades mutuales en cuanto a la organización de los servicios, de manera que deje de ser un depósito pasivo para pasar a ser un lugar de rehabilitación.

Por lo tanto, queremos explorar en lo que sea necesario y en forma conjunta, disposiciones legislativas que permitan movilizar este tema y que el Uruguay avance en él de la misma forma en que ha avanzado en los últimos 15 ó 20 años en la otra punta de la atención médica, que es la alta tecnología. En cuanto a ésta última debo decir que gracias al Fondo Nacional de Recursos se han realizado importantes avances.

La propia descentralización de ASSE va a requerir esfuerzos legislativos para estudiar cuál es la forma jurídica más adecuada, tanto para esta administración en su conjunto como para sus unidades ejecutoras, a fin de que tengan agilidad de funcionamiento que entendemos deben contar para atender a la población, en su área, en las mejores condiciones posibles.

Estos son, diría, los cinco objetivos más importantes y algunos de los lineamentos de acción legislativa que, como un programa de trabajo, nos gustaría encarar. Todo esto estaría dentro de las iniciativas que debe llevar adelante un país que, en términos generales, tiene buenos niveles sanitarios, con una expectativa de vida al nacer de 71 años para el hombre y 73 años para la mujer. Por el grado de cultura de su gente y por la tecnología médica que posee, podría tener indicadores sanitarios mejores que los que presenta y, fundamentalmente, una tasa de mortalidad infantil inferior a la que poseemos en este momento. Entonces, repito que si bien tenemos un buen nivel sanitario, de todas maneras debemos realizar progresos en esas áreas.

Por otro lado, en 1994 el país destinó al financiamiento del servicio de salud el 8.5% del Producto Bruto Interno. Al respecto, debo decir que no hay ninguna cifra mágica que sea la correcta en términos de gastos totales en salud. Tenemos sí algunos parámetros de lo que gastan otros países que se pueden tomar como punto de referencia. En general, los países de

América Latina con un desarrollo similar al Uruguay, gastan un poco menos en términos porcentuales con respecto al Producto Bruto Interno. Las naciones más desarrolladas, como por ejemplo, Suecia, Alemania, Inglaterra y Canadá, gastan un poco más, o sea, entre un 9% y un 10.5%: Estados Unidos es el país que, proporcionalmente a su economía, gasta más en el mundo, alcanzando en 1993 el 14.5% de su producto bruto en salud, a pesar de lo cual no logró ni cerca los mejores indicadores, ya que fue superado por otros países. Esto quiere decir que el Uruguay gasta una cifra que es relativamente alta y por la que logra buenos resultados, pero que, probablemente, dentro de ese mismo gasto y efectivizándolo de una manera mejor, podría obtener todavía índices más altos. Ciertamente, este logro, con los recursos que ya se están dedicando, es una obligación de todos porque es independiente de obtener más medios, ya que ello depende de otras variables dentro del funcionamiento de la sociedad.

De manera que, en términos generales, diría que estamos proponiendo por lo menos, en los dos o tres años iniciales de este período de Gobierno, un plan de trabajo con esos cinco objetivos principales y un programa legislativo que no modifica radicalmente la cantidad total del gasto en salud, aunque sí su efectividad y su eficiencia. De este modo , al obtener mejor resultado de ese gasto, se podría redundar en un mayor nivel de salud y, por consecuencia, en una mayor calidad de los servicios dirigidos principalmente a la población que se ubica por debajo del nivel de pobreza y que depende directamente de ASSE.

Este sería el planteo básico con que hemos iniciado nuestro trabajo en el Ministerio.

SEÑOR BUSTOS.- A propósito de lo que manifestara el señor Ministro en cuanto al tema del mal de Chagas, sería interesante hacer una puntualización para luego realizar un intercambio de ideas.

Realmente debo decir que es notable lo que está pasando con el mal de Chagas, ya que como producto de muchos años de trabajo estamos muy cerca —según nos informan los técnicos— de erradicar esta enfermedad, lo que consideramos de enorme valor. Sabemos que las dos endemias más importantes que tenemos en el país son el mal de Chagas y la hidatidosis, por lo que, eliminar una de ellas, sería de mucha importancia para la salud

y, en especial, para ciertas regiones, puesto que sabemos que esta enfermedad está concentrada en determinadas áreas del país. Obviamente, los habitantes del sur del país no se ven afectados por esta enfermedad, precisamente debido a su localización. Repito que se está muy cerca de obtener su erradicación y ello ha sido posible mediante una acción eficaz y sostenida de lucha contra el triatoma infestans, es decir, la vinchuca. Si bien existen estrategias complementarias, me refiero al mejoramiento de la vivienda como parte del sustrato; hay que reconocer que el arrinconamiento —por llamarlo de alguna manera— del vector a través de la lucha que se ha realizado, ha sido de enorme importancia, puesto que se tiene documentación por intermedio de la cual la sero prevalencia ha disminuido en forma creciente. Esto también ha sido obra de un sistema basado en la atención primaria en salud. Inclusive, hay departamentos que han sido ejemplares en ese sentido, como es el caso de Tacuarembó que tenía cifras realmente altas, logrando en cinco años grandes resultados.

Al respecto, tenemos en nuestro poder un mapa que muestra muy claramente los lugares donde hoy en día sigue existiendo el problema. En color rojo aparecen los departamentos en los que aún perdura esta enfermedad, tales como Salto, Rivera y Tacuarembó; el color amarillo comprende a Paysandú y Río Negro, zonas donde se ha controlado bastante esta infección y, finalmente, los departamentos que están libres del mal de Chagas están en color blanco. Por supuesto que debemos tener en cuenta que todos los departamentos de la costa sur no están aquí incluidos.

A fin de que los señores Senadores tengan una idea, en color rojo se observa un porcentaje de la población del departamento con sero prevalencia positiva entre 6% y 8 % y el porcentaje total de viviendas infectadas es de 2% a 6%. La zona pintada de amarillo es de 3% de sero prevalencia y de 0,4% a 1%; por su parte, reitero, la zona blanca está libre de esta enfermedad.

Estos datos son importantes ya que hace unos años este mal se encontraba en 13 de los 19 departamentos de nuestro país y su prevalencia era del 3,4%, lo que hacía suponer una cifra de 36.000 personas infectadas, el 30% de los cuales podía evolucionar hacia formas severas de la enfermedad, tales como cardiopatías o trastornos del tubo digestivo.

También se están haciendo avances con relación a la hidatidosis, aun cuando todavía no podemos hablar de erradicación. No obstante, existen algunos elementos —especialmente datos indirectos— que hacen sospechar que la enfermedad se va controlando. Ha disminuido el número de operaciones o cirugías por hidatidosis, lo que coincide con el momento en el que se dispone de mayores elementos de diagnóstico, tal como la ecografía, que antes no se usaba. En el interior se observan experiencias de poblaciones que son rastreadas buscando hidatidosis y, sin embargo, el número de cirugías ha decrecido.

Cabe destacar que, notoriamente, ha disminuido la letalidad por esta enfermedad. O sea que aunque la gente se infecta y es operada, en general no muere por hidatidosis, siendo muy pocos los casos en que esto ocurre.

No obstante los datos señalados, obviamente, la erradicación de la hidatidosis no se encuentra a la misma altura que la del mal de Chagas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Debo disculparme ante nuestros invitados, ya que cometí una descortesía al no presentar a los miembros de la Comisión. Si bien todos somos relativamente conocidos, debo señalar que esta Comisión de Salud Pública —en la que trabajamos en un clima muy cordial— está integrada por el sociólogo Fernández Faingold, el doctor Storace, el doctor Korzeniak, el ex Intendente de Canelones, doctor Andújar y quien habla.

Quisiera hacer un breve comentario para luego ofrecer la palabra a los señores Senadores a fin de que formulen las preguntas que estimen del caso.

Si uno tuviese que establecer una línea de trabajo, podría establecer muy pocas discrepancias con respecto al plan que estamos considerando. Inclusive, podría afirmar que, en algunas áreas, existen sectores a quienes entusiasma la propuesta. Creo que en el fondo de este asunto, se vislumbra un objetivo que consiste en brindar a la estructura de asistencia del Ministerio de Salud Pública un nivel lo más parejo posible con respecto a la otra gran referencia de cobertura médica, que es el área mutual. O sea que se trata de nivelar un sistema asistencial que hoy en día sabemos que está desbalanceado. Pienso que ése es en sí mismo un gran objetivo plausible y

entiendo que con la mecánica de descentralización que quieren impulsar, se va haciendo cada vez más factible la concreción de esa inquietud.

Por otra parte, voy a discrepar con una afirmación que se hizo, en el sentido de que este plan no vaya a precisar más recursos. Al respecto, deseo referirme a dos temas muy concretos, que están relacionados, fundamentalmente, con la deserción del personal en el área del Ministerio de Salud Pública. En particular, me refiero al personal de enfermería universitaria, que desmotivado o captado por un sistema mutual que paga mejores retribuciones, abandona el área de salud pública. Las cifras son totalmente escalofriantes: se habla de alrededor de 400 enfermeras diplomadas para el área de salud pública con un ausentismo del 40%, según datos suministrados por el anterior Ministerio de Salud Pública.

Además, debo hacer referencia al tema médico. Actualmente, el doctor ha perdido muchas de las motivaciones que encontraba en el Ministerio de Salud Pública: primero, el ingreso por concurso, lo que de por sí jerarquizaba su funcionamiento, y segundo, ya no cuenta con una carrera funcional dentro del ámbito estatal, que, justamente, se iniciaba con los concursos aludidos, aspecto que le daba cierta jerarquía y, muchas veces, permitía complementar áreas del Ministerio de Salud Pública con otras de la Facultad de Medicina en la formación de docentes.

Otro gran factor de desmotivación es la pérdida del valor del salario. La retribución del médico del Ministerio de Salud Pública es extraordinariamente baja.

Por esos motivos, no creo que con los mismos recursos podamos poner en marcha este plan en su totalidad.

Quiero plantear, entonces, en esta reunión esos dos temas que me preocupan profundamente y sobre los cuales he hablado con integrantes de la Escuela Universitaria de Enfermería y del Sindicato Médico del Uruguay. Me refiero a dos temas muy concretos, que hacen a la formación de más unidades en el área de Enfermería profesional, en la Escuela Universitaria de Enfermería, jerarquizando su tarea y, en el sector médico, tratando de buscar mecanismos que destaquen su labor en el área del Ministerio de Salud Pública, para fortalecerlo y volverlo al lugar que tuvo en otro momento: como pionero en la asistencia médica.

Para finalizar, deseo felicitar a nuestros invitados por el plan que estamos considerando.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera hacer un pequeño comentario en virtud de que, ciertamente, me debo haber expresado en forma incorrecta.

En concreto, señalé que el país en su totalidad tiene un gasto en salud pública cercano al límite superior de lo que puede gastar para los beneficios que obtiene. Asimismo, pensamos que nuestra obligación es sacar el mayor rendimiento posible de esos recursos. Eso no quiere decir que la asignación de las partidas dentro del sectos de salud pública sea la más correcta. Al respecto, coincido con las manifestaciones del señor Presidente en el sentido de que tanto el personal de enfermería como el médico del Ministerio carecen de las retribuciones y de otras condiciones laborales que conviertan sus tareas en algo atractivo, por lo cual se les pueda exigir cierto grado de rendimiento.

SEÑOR ANDUJAR.- Con mucho gusto hemos escuchado las palabras del señor Ministro, a quien conocemos desde hace unos cuántos años.

En esta oportunidad, quisiera plantear un tema puntual. Quien habla reside en el departamento de Canelones y hace tiempo que trabaja como médico en ese lugar. En ese sentido, me encuentro preocupado por la construcción de los hospitales de Las Piedras y de Canelones. Me gustaría que el señor Ministro nos diera una idea en cuanto a cuál es la meta de esta construcción y nos hablara sobre el equipamiento y funcionamiento de estos dos hospitales.

SEÑOR MINISTRO.- La intención del Ministerio de Salud Pública y de las autoridades de ASSE es concluir las obras, tanto del hospital de Canelones como del de Las Piedras. Se pretende finalizar las construcciones y poner en funcionamiento los hospitales lo más rápidamente posible, de acuerdo con el plan médico, arquitectónico y de servicios, que fue el que dio base a las construcciones.

Se trata de dos situaciones distintas. En cuanto a los dos hospitales mencionados, puedo decir que sólo tengo referencias específicas sobre la situación de las obras del de Las Piedras. Allí están funcionando en forma parcial el sector de

policlínica, de atención ambulatoria del nuevo establecimiento. Aún no se ha terminado la construcción de la zona destinada a internación, para lo cual se necesita una determinada cantidad de recursos, así como la finalización de los accesos. Además, de la obra realizada hasta el momento, ha quedado pendiente un adeudo de U$S 2:700.000, y en el plan de inversiones no existe ningún tipo de financiamiento, ya sea con recursos presupuestales genuinos o con endeudamiento externo, que permita hacer frente a esa erogación en forma inmediata. Por ese motivo estamos estudiando la posibilidad de realizar transferencias desde otro proyecto, fundamentalmente a partir de uno que tiende al fortalecimiento de áreas sociales —financiado por el BID—, a efectos de poder culminar lo más rápidamente posible el hospital de Las Piedras.

Con respecto al hospital de Canelones no tengo información concreta sobre el estado del avance de las obras ni sobre la situación desde el punto de vista financiero. De cualquier manera deseo recalcar que son obras sobre las que ya tenía conocimiento porque fueron incluidas en la Ley de Presupuesto del gobierno anterior, en oportunidad de haber ocupado transitoriamente la titularidad de este Ministerio. Se trata de iniciativas que apoyé en aquel momento, las comparto ahora y simplemente se trata de estudiar cuáles pueden ser las fuentes de financiamiento más adecuadas para ponerlas en funcionamiento.

SEÑOR KORZENIAK.- En primer lugar me sumo a la satisfacción que nos produce tener hoy aquí al señor Ministro y al señor Director General de la Salud y, en segundo término, pido excusas a los señores médicos por la incursión de un Abogado en temas mucho más propicios para la Ciencia Médica. De todas maneras el señor Ministro ha hecho alusión a un área legal que tiene que ver con la salud, refiriéndose a lo que es la moderna ciencia interdisciplinaria —muchas veces esto es sólo una palabra y no una realidad— en el mundo.

Creo que el panorama que se ha planteado es muy positivo y sugeriría agregar otro rubro que significa para el Uruguay un vacío legislativo importante. Si bien no sé que denominación se le da desde el punto de vista médico, desde el punto de vista jurídico se conoce como las modalidades de creación de vida no ortodoxas, como por ejemplo, bancos de semen, creación in vitro, etcétera. Aclaro que en este caso la terminología que utilizo es más de abogado que de médico. De todas formas creo

que existe aquí un vacío; se trata de un tema complejo y muchas veces se pueden producir efectos civiles muy importantes. En la actualidad, algunos países, inclusive latinoamericanos, han encomendado a juristas importantes que legislen en la materia consultando al mismo tiempo a los médicos. En nuestro país existen actualmente tres o cuatro especialistas que se han dedicado a investigar sobre este tema.

En cuanto al tema de la propaganda del alcoholismo y del tabaquismo, me voy a permitir realizar una consideración. No soy partidario de la prohibición de la propaganda porque en el Uruguay las prohibiciones no dan resultado y, además, generan grandes polémicas. Esto se aplica, por ejemplo, en Francia en donde la norma legal prohíbe directamente la propaganda. De todos modos, creo que se podría instrumentar una legislación que equiparara la propaganda con la propaganda en contra, ya que basándonos en un artículo genérico de la Constitución de la República, que establece que todo habitante tiene el deber de cuidar su salud, el Estado estaría en condiciones de exigir a los medios de difusión que hacen propaganda a favor del tabaco o del alcohol, que equiparen esto con una propaganda de similar duración que señale expresamente los riesgos de ese uso, sin limitarse a una simple advertencia que pasa inadvertida. Alguna vez hemos trabajado en la elaboración de algún proyecto con ese propósito. No creo, siquiera, que para ello sea necesario dictar una ley, aunque podría constituir una mayor garantía para todos.

Finalmente deseo plantear un tema, aunque teniendo en cuenta el enfoque globalizador que ha realizado el señor Ministro en las intervenciones anteriores, quizás no sea el momento adecuado. Concretamente, quiero dar un testimonio que se relaciona con la Universidad de la República y que refiere al Hospital de Clínicas. Dada la cooperación que existe al respecto y la intercomunicación institucional que hay entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República, pienso que estamos frente a un tema realmente preocupante.

Existe en ese hospital una situación tremenda, a pesar del esfuerzo que realiza mucha gente vinculada tanto a la Universidad de la República —en definitiva es en esa área donde está la responsabilidad orgánica— como al Ministerio de Salud Pública. Deseo destacar que existen pisos enteros, como el de Neurología, que no tienen baños porque están clausurados; es más, hace tres días se abrió un solo baño que tiene un

enorme boquete en la pared.

Volviendo al testimonio personal que deseaba detallar, el día lunes acompañé a un familiar al Hospital de Clínicas y pude observar que la planta baja, donde está ubicado Otorrinolaringología, estaba desbordada y todo el piso cubierto por el agua que salía de los baños. Frente a esto, la gente que estaba esperando para sacar número se retiró porque sentía, lógicamente, el temor de una contaminación.

Me consta que quizás no sea este el momento apropiado para plantear este tema, cuando en realidad estamos tratando de globalizar una planificación. De todos modos, en la medida que el Ministerio de Salud Pública va a tener contactos —no siempre satisfactorios— en materia de salud con el Ministerio de Economía y Finanzas, dejaría este planteo para que sea tenido en cuenta en cualquier otra oportunidad. Naturalmente que voy a tratar de referirme a este tema también en la Universidad e incluso hemos conversado informalmente con el señor Presidente de la Comisión a efectos de lograr una invitación para que todos los miembros de la Comisión puedan tomar contacto con una realidad que está realmente complicada.

Reitero que este testimonio ha sido como una especie de desahogo personal y quizás pueda ser una contribución.

SEÑOR MINISTRO.- Valoro positivamente las contribuciones realizadas por el señor Senador Korzeniak y aclaro que nunca entendí la salud como un problema médico. Por lo tanto, si bien podemos tener o compartir nuestras dudas respecto a la interrelación entre las diferentes disciplinas, ello no quiere decir que los médicos no puedan hacer aportes a la legislación, ni que los abogados puedan hacer lo mismo respecto a la salud y en forma importante.

Por otro lado, es correcto que la incorporación dentro de la lista de temas a ser considerados en un programa de legislación, de las modalidades no ortodoxas de creación de vida nos acercan a los temas más difíciles que se nos pueden plantear en el transcurso de estos cinco años desde el punto de vista legislativo. Esto no sólo vale para la creación de vida sino también para la terminación de vida.

En cuanto a la situación específica del Hospital de Clínicas, debo decir que a través de una invitación del Consejo

de la Facultad concurrí personalmente en el día de hoy a visitar dicho centro asistencial, destinando para ello prácticamente toda la mañana. El Hospital de Clínicas tiene, como todas las instituciones, sus luces y sus sombras y cuenta con pisos que tienen un buen nivel de funcionamiento y con otros que presentan las dificultades aludidas por el señor Senador Korzeniak. Creo que sería bueno dejar marcado cuál ha sido la posición del Ministerio con respecto al Hospital de Clínicas, no sólo a raíz de la presentación en el Consejo de la Facultad de Medicina, sino también en la propia visita y en la reunión que mantuve en el día de hoy con la Comisión Directiva de dicho Centro. Allí se plantearon distintas dificultades, no sólo desde el punto de vista locativo sino también desde el de funcionamiento.

El Hospital de Clínicas tiene algo más de cuarenta años de historia; fue inaugurado a principios de la década del cincuenta. Sin embargo, el deterioro que presenta desde el punto de vista edilicio —a pesar de ser una muy buena construcción en cuanto a calidad y concepción— es mayor al que correspondería al simple pasaje de los años.

Por otra parte, desde el punto de vista de su presupuesto de funcionamiento —U$S 27:000.000 por año— no compara negativamente con otros hospitales que funcionan en la órbita del Ministerio de Salud Pública, como el Pereyra Rossell o el Maciel, que también tienen dificultades.

Obviamente, el Hospital de Clínicas necesita un reciclaje total de su estructura física, de sus instalaciones y de sus ascensores, que son la forma básica de desplazamiento entre sus veinte pisos. Pero, además, hay que tener en cuenta dos elementos que, desde mi punto de vista, son tan importantes como el reciclaje en sí y que justificarían que la sociedad, en un nuevo esfuerzo, destinara U$S 50:000.000 para dicha reconversión.

El primero de estos elementos es el ubicar a este hospital en una nueva red sanitaria, distinta a la que existía y se preveía cuando se construyó. En la década del 30, cuando se concibió, y en la del 40, cuando se construyó, esta red hospitalaria estaba constituida por el Estado, los Centros Departamentales, los Centros Auxiliares y los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud Pública. El Hospital de Clínicas fue concebido como el Centro de excelencia académica

y asistencial que coronaba, cual cúspide, toda esa estructura. Hoy, esa realidad ha cambiado sustancialmente, ya que existen Institutos de Medicina Altamente Especializada y sanatorios mutuales con igual o mayor complejidad en cuanto a equipamiento, planta física y recursos humanos.

Personalmente, no tengo ninguna duda de que hay que hacer la reconversión del hospital y, respecto de este tema, ya comprometí el apoyo del Ministerio y del Poder Ejecutivo. Considero también que uno de los elementos que debe acompañar dicha reconversión es su ya mencionada reinserción en la red sanitaria nacional, fundamentalmente en la del sector público.

El otro elemento al que quiero referirme es más espinoso y respecto del cual habrá que hilar de la forma más fina posible. Me refiero al estilo de gestión del Hospital de Clínicas, que es la de un centro asistencial que además tiene por finalidad casi exclusiva la docencia y la investigación. Esto hace muy difícil que se mantenga la prioridad que debe tener lo asistencial. La gente concurre allí para ser asistida, para recuperar su salud, y es con ese fin que se destina un porcentaje muy alto de los recursos del Estado.

Por lo tanto, lo que planteo es, no sólo la necesidad de reinsertarlo en la red sanitaria nacional, sino el buscar también una forma de funcionamiento en la cual la docencia y la investigación acompañen y apoyen la asistencia, manteniendo esta última el rol principal . Tal vez esto implique un funcionamiento no tan rígidamente dependiente en su totalidad de la Universidad de la República. De la misma manera, ambicionamos que el Hospital Pereyra Rossell y el Maciel no dependan tanto de la estructura de ASSE, porque eso dificulta su funcionamiento.

Por otra parte, comparto la inquietud planteada, ya que pienso que el Uruguay y la Universidad se merecen un hospital distinto, similar al que fue concebido y se inauguró hace tantos años. Esto se va a realizar, si bien es necesario encontrar la forma adecuada, a fin de que en los próximos veinte o treinta años no seamos testigos de un deterioro como el presente.

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- Antes que nada deseo agradecer la presencia del señor Ministro, del doctor Bustos.

Confieso que no me aquejan rubores epistemológicos sobre los problemas interdisciplinarios. Al contrario, pienso que la historia de la salud pública muestra que la misma comienza a ser más efectiva y más barata cuando incorpora a sus filas, tanto a nivel de Dirección como de gestión, personal no médico.

Además, como conozco la forma en que se estructuró el programa que hoy nos presenta el señor Ministro Solari, quisiera hacer dos reflexiones sobre las que podremos seguir conversando en este contacto fluido que el Ministro promete.

El primer tema al que me quiero referir tiene que ver con la estrategia de la atención primaria de la salud.

En los últimos veinte años, los avances más grandes en el mejoramiento de los indicadores de la salud de las poblaciones de países en un estadio de desarrollo similar al nuestro se produjeron luego de la introducción de la estrategia de atención primaria en el enfoque preventivo. En ese tan importante criterio de involucrar a las personas, a la familia y a la comunidad en el cuidado colectivo de la salud, la atención primaria juega un papel fundamental.

Uruguay, junto con la aprobación de las normas que dan surgimiento a ASSE, comienza una experiencia de atención primaria sobre la base de los médicos de familia y lo hace con gran expectativa por parte de los actores de la salud. Me refiero a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, al Ministerio, a la profesión médica y a aquellas otras profesiones que en forma lateral consideraban el tema de la salud pública y de la atención primaria como uno de los factores esenciales del bienestar.

Han pasado muchos años y sería interesante conocer cuál es el criterio de las autoridades políticas sobre cómo funcionó la estrategia de la atención primaria y, dentro de ella, la experiencia de los médicos de familia.

Pienso que puede ser muy interesante contar con esta información a fin de, en el futuro, intercambiar opiniones con el señor Ministro sobre alguna de las proyecciones que se plantean e, incluso, para examinar en forma más afinada la relación costo - beneficio de las inversiones que se realizan en la estrategia del médico de familia, con las inversiones que

se hacen en las modalidades tradicionales de atención y prevención.

Respecto del segundo punto, queremos decir que también coincidimos en los juicios que se formulan sobre las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva como una modalidad interesante de la sociedad civil uruguaya, tan interesante que precede como esfuerzo máximo al del propio Estado. Da la sensación de que en el último cuarto del siglo pasado la sociedad no estaba organizada como para atender, a través del Estado, problemas generalizados de salud y, entonces, la propia sociedad civil desarrolló sus mecanismos que, en nuestro país han funcionado muy bien. Tanto es así que la institución de asistencia médica colectiva, en la modalidad de prepago, no es una solución inédita pero sí "sui generis" bastante eficaz. Además, tiene una característica adicional que muy pocas veces se percibe. Se trata de instituciones civiles sin fines de lucro, o en todo caso, ese lucro se realiza parcialmente a través de las retribuciones personales y de las inversiones en equipamiento con el cual se beneficia el conjunto de los integrantes de la asociación.

Es decir que esta modalidad no sólo habría que explorarla para la salud, sino para otras áreas. Por ejemplo, las instituciones de atención de ancianos en el interior de la República han desarrollado modalidades similares a las de las mutualistas para su área específica que en nuestro país han probado ser sumamente efectivas. Tal vez aquí esté la pista de una modalidad para mejorar la eficiencia y efectividad de la prestación de servicios, tanto en la salud como en otras áreas. Entonces, como segundo punto de reflexión sugeriría al señor Ministro que algunos de los esfuerzos de descentralización que se plantean para ASSE puedan pensarse en términos de descentralización de responsabilidades, asociadas al desarrollo de una capacidad instalada en la sociedad civil para administrar directamente. En otras palabras, sería devolver a la gente algo que el Estado ha llevado a cabo en su nombre, cuando ella no estaba lo suficientemente organizada para hacerlo por sí misma.

Este sería un segundo tema de reflexión, pues en esta cabalgata epistemológica figuran también algunas de las modernas concepciones de la democratización. No sólo se trata de atomizar las responsabilidades, sino de preparar a quienes las van a recibir, asegurándose de que haya un asiento serio

y natural de la propia sociedad, porque cuando se dan esas condiciones, funciona mejor la descentralización. Asimismo, por otro lado debemos diferenciar claramente el concepto de privatización pues, si privatizar es entregar el servicio a la gente para que lo administre, estaríamos defendiendo el concepto que no necesariamente es defendible, cuando en lugar de la gente sólo lo pensamos para ser administrado por instituciones con fines de lucro. Por suerte, esta situación en nuestro país es menos frecuente que en otras partes.

El tercer tema, que es mucho más preciso, se centraría en la clara deficiencia que hay en el país en lo que tiene que ver con la atención del problema de salud mental en jóvenes adolescentes, no sólo desde el punto de vista de la inexistencia de establecimientos públicos y privados especializados en cuanto a su internación y atención. En el Uruguay es muy incipiente el conocimiento y desarrollo de este tema. Es más, la atención es prácticamente inexistente salvo a nivel de diagnóstico en el sector de asistencia médica colectiva, así como en el sector público en el que, además, es ineficiente. Si alguien me preguntase cuál es una de las áreas donde el ciudadano está más desprotegido actualmente, diría que es ésta, no sólo en los sectores de menores ingresos de la población. Los sectores de mayores ingresos tampoco tienen dónde recurrir porque no existen instituciones públicas, mutuales ni privadas que se ocupen de estos casos.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera comunicar una información que me acaban de transmitir telefónicamente del Ministerio.

No me voy a referir a la presentación que hizo el señor Senador Fernández Faingold, porque la escuché parcialmente, aunque coincido con lo que oí relacionado con la salud mental y la atención primaria de la salud. Me parece descortés no poner en conocimiento de la Comisión una información que, repito, acabo de recibir del Ministerio, con la cual tomo contacto por primera vez, por lo que deberán disculpar si no es todo lo completa que se podría esperar.

En el día de hoy se ha descubierto una epidemia de salmonellosis. La Salmonella es una bacteria que se incuba en algunos alimentos que se comercializan y, por lo tanto, se produce una epidemia con carácter explosivo que se difunde rápidamente y que puede tener repercusiones en la salud pública. Se trata de una epidemia con un número limitado de

casos y, aparentemente, el primer caso se detectó el 29 de marzo. Actualmente hay unas veinte personas afectadas y no ha habido ningún fallecimiento pues los únicos dos enfermos graves se han recuperado.

En la tarde de hoy se han tomado las providencias del caso tanto en la División de Epidemiología como en Bromatología de la Intendencia Municipal de Montevideo para actuar rápidamente y proceder a cerrar el expendio involucrado. Esta afección fue descubierta en forma casual, y si bien se trata de una enfermedad de denuncia obligatoria, la institución en la cual estuvo internado el paciente no hizo la denuncia, probablemente porque no contaba con un diagnóstico que identificara el germen causal. Pienso que la situación está encaminada y acabo de dar instrucciones para que se logre la clausura del comercio involucrado antes de que Bromatología decrete el cierre, pues la población debe estar protegida y ése es un deber del Estado. Como este tema seguramente tomará estado público, no quería que los señores Senadores se enteraran de él por la prensa cuando podía informarlos personalmente en la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cuál fue el vehículo de la trasmisión?

SEÑOR MINISTRO.- Sandwiches.

SEÑOR STORACE.- Simplemente quería saludar al señor Ministro y debido a ~~que va a~~ comenzar la sesión del Senado, voy a ser muy breve.

Pienso que todos los temas son muy importantes y en lo que tiene que ver con los asuntos legales, entiendo que son de primera magnitud. En cuanto a lo planteado por el señor Senador Korzeniak relativo a los bancos de semen y a la manipulación de embriones debo decir que existe un vacío legal sobre el que hay que buscar información para luego formar una Comisión en forma conjunta con la de Constitución y Legislación que trabaje sobre el tema.

Como el señor Senador Korzeniak es un distinguido constitucionalista, quisiera exponer otro asunto. Me refiero a la inclusión del derecho a la salud como uno de los derechos individuales a proteger. Curiosamente el derecho a la salud no está incorporado en el artículo 7º de la Constitución y pienso que habría que protegerlo.

Nada más, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creemos que es útil que los abogados trabajen junto a los médicos. Personalmente, trabajamos mucho en los temas vinculados con la ética médica y desde nuestra profesión levantamos la voz en defensa del usuario con los temas de la salud y de la mal praxis, ante cierto carácter negligente que iba tomando la asistencia médica. En nuestra opinión, los grandes colaboradores casuales en la mejoría de esa relación han sido, precisamente, los abogados, a través de los juicios por mal praxis que han cumplido una función social. Estamos convencidos de que ello ha gestado el mejor relacionamiento en la medicina.

También nos interesa referirnos al otro aspecto que se nombró —no lo mencionamos anteriormente porque siempre estamos urgidos por la asistencia médica—, y que tiene que ver con la necesaria reflexión entre el Ministerio de Salud Pública, las comisiones de salud y las instituciones de agremiación de profesionales en el tema de la ética médica. Tenemos que legislar o regular la ética médica; creo que ello es prioritario y engloba todos estos aspectos planteados por los abogados. A esta altura del desarrollo de la humanidad y del progreso técnico no podemos no tener un código, una norma, un manual o una directiva sobre cómo debe comportarse un médico frente a los viejos y nuevos desafíos que tiene frente a nuestra sociedad. Pienso que en ese tema también podemos trabajar juntos.

Personalmente, quiero señalar que me alegra la composición de este Ministerio porque conozco a todos sus integrantes y a su trayectoria. Además, creo que se trata de una opinión compartida en forma unánime por todo el Cuerpo Médico. Reitero una vez más, que ojalá podamos
trabajar juntos.

Muchas gracias.

SEÑOR MINISTRO.- Muchas gracias por la invitación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 16)